CONDADO DE LOS ÁNGELES

DEPARTMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Apellido | Nombre | Fecha de Nacimiento (M/D/A) | Núm. de Expediente Médico

Seleccione la unidad DHS a la que se dirige esta solicitud de comunicaciones confidenciales

☐ Centro Médico LAC + USC	☐ Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los Amigos
☐ Centro Médico Olive View	☐ Centro de Multi-Servicios de Atención Ambulatoria High Desert
☐ Centro Médico Harbor-UCLA	☐ Centro de Multi-Servicios de Atención Ambulatoria Martin Luther King, Jr.
☐ Centro de Salud/CHC: _____	
☐ Otro: _____	

Nombre de la Unidad | Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal

Tenga en cuenta que este formulario no es para solicitar un cambio de dirección.

Usted tiene el derecho de solicitar la recepción de comunicaciones confidenciales de información médica por medios alternativos o en direcciones alternativas. Por ejemplo, si usted no quiere que sus avisos de citas o sus cobros lleguen a su casa, donde algún familiar pudiese verlos, puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted por otro método o en un lugar alternativo, tal como un apartado postal.

No le preguntaremos la razón de su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables para la recepción de nuestras comunicaciones por medios alternativos o en lugares alternativos.

Si nos pide que nos comuniquemos con usted de un modo diferente o en una ubicación diferente a lo acostumbrado, debe darnos una dirección alternativa u otro método de contacto con usted (número de teléfono, dirección de correo electrónico, etc.) Por favor especifique cómo o dónde desea ser contactado:

Indique qué método(s) de comunicación **NO** usar: ***Encierre en un círculo todo lo que corresponda:***

Correo Postal Teléfono Fax Correo electrónico

Dirección Alternativa (postal o correo electrónico):

Apellido | Nombre | M | Dirección de correo electrónico

Dirección | (Núm. Apt.) | Ciudad | Estado | Código Postal

Número de Teléfono o Fax alternativo (incluir código de área): _____ / _____

Firma del paciente o representante: _____ Fecha: _____

Si es representante, especificar relación: _____

APPROBACIÓN

Firma del Proveedor del Tratamiento: _____

Nombre (letra de molde): _____

Fecha: _____

Procesado por: _____

Nombre del Empleado

_____

Firma | Título

MRUN

NAME

DOB/GENDER

t-HS1022

T-HS1022

ARCHIVAR EN EXPEDIENTE MÉDICO

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

HS1022 (3-12)